1869
1146
Lane Medical Library

Ueber

die Blutgeschwülste der äusseren weiblichen Genitalien vor, während und nach der Geburt.

Medicinische Inaugural-Dissertation

mit Genehmigung

der medicinischen Facultät

der vereinigten Friedrichs-Universität

Halle-Wittenberg

zur Erlangung der Doctorwürde

in der Medicin und Chirurgie

zugleich mit den Thesen öffentlich vertheidigt

am

20. Februar 1869 — Vormittags 11 Uhr

von

Wilhelm Havixbeck

aus der Provinz Westfalen,

gegen

B. Bockeloh, Dr. med.
W. Körmigk, Dr. med.

Halle,

Druck von Wilhelm Plötz.

Seinem hochgeschätzten Lehrer

Herrn Professor **Olshausen**

in dankbarer Verehrung

gewidmet

vom Verfasser.

Wenngleich die Blutgeschwülste der äussern weiblichen Genitalien den Aerzten früherer Jahrhunderte bekannt waren, so sind sie doch trotz ihrer Bedeutung und Wichtigkeit von denselben wenig beachtet, ja vernachlässigt worden. Die ganze ältere Literatur bis zum vorigen Jahrhundert, liefert uns weder Abhandlungen jener Krankheit noch Beschreibungen von betreffenden Fällen; überall finden wir diese Blutgeschwülste blos erwähnt. Im Jahre 1734 erschien in Basel die erste hierauf bezügliche Arbeit, nämlich die Dissertation von J. H. Kronauer: „De tumore genitalium post partum sanguineo," und 24 Jahre später eine in Leipzig von Gehler: „De sanguine in partu profluente." In unserm Jahrhundert sind nun freilich erwähnte Geschwülste mehr zur Beachtung gekommen und haben sodann auch sowohl in der Literatur als unter klinischen Vorträgen ihren gerechten Platz gefunden. So schrieb Boer in seinem grossen Werke („Naturalis medicinae obstetriciae libri septem," Viennae 1812) eine Abhandlung: „De fluxu quodam sanguinis in puerperis ante incognito." Zu derselben Zeit erschien in Paris die Dissertation von Audibert:

„Sur l'epanchement sanguin, qui survient aux grandes lévres ou dans l'intérieur du vagin pendant le travail ou à la suite de l'accouchement.“ Dann folgte eine Abhandlung von Siebenhaar: „Observationes de tumore vaginae sanguineo ex partu oborto,“ Leipzig 1824. In der „gemeinsamen deutschen Zeitschrift für Geburtskunde“ (1830, Band V. S. 189) schreibt Meissner über „Blutgeschwülste der Schamlefzen“, u. in derselben Zeitschrift (B. III. S. 430) hat d'Outrepont mehrere hierher gehörige Fälle veröffentlicht. Die ausführlichste Arbeit hat wohl Deneux geliefert („Mémoire sur les tumeurs sanguines de la vulve et du vagin,“ Paris 1830) und Hervez de Chégoin („Journal universel et hebdomadaire de médecine“, Paris 1832 t. VIII.). Ausserdem finden wir in den grösseren neueren Lehrbüchern der Chirurgie und Gynaecologie manche vortreffliche, wenn auch nicht sehr ausführliche Abschnitte über unsern Gegenstand: Bardeleben Lehrbuch der Chirurgie, 1867 B. IV. S. 282), Hugenberger (Petersburger med. Zeitschrift, 1865 B. II. S. 257), Winkel (Pathologie und Therapie des Wochenbetts, S. 119), Chiari, Braun und Spaeth (Klinik der Geburtshülfe und Gynaecologie, S. 219), Hecker (Klinik für Geburtshülfe, I. S. 158), Scanzoni und Andere.

Ich möchte es nun auch unternehmen, über die Blutgeschwülste der äusseren weiblichen Genitalien eine kleine Abhandlung zu schreiben, und zwar ihre Entstehung, ihren Verlauf und ihre Behandlung vor, während und nach der Geburt etwas näher ins Auge zu fassen. Die Beschreibung eines beachtenswerthen betr. Falles werde ich dann mit gütiger Erlaubniss des Herrn Prof. Dr. Olshausen, unter

dessen Leitung ich denselben in der Poliklinik zu beobachten und zu behandeln Gelegenheit hatte, folgen lassen.

Diese Blutgeschwülste — Haematoma s. Thrombus vulvae et vaginae — sind die Folge einer subcutanen Gefässruptur und sodann eines Blutergusses in das Unterhautzellgewebe. Sie kommen häufiger an den grossen als an den kleinen Schamlefzen vor, betreffen selten beide Seiten zugleich, dehnen sich auch wohl auf die Vagina und auf's Perinaeum aus. Bei sehr bedeutenden Haematomen ist sogar eine Ausdehnung nach allen Seiten hin möglich, so dass der Bluterguss an der Scheide entlang bis zum periuterinen Zellgewebe und hinter dem Peritonaeum bis zu den Nieren, nach vorn vor denselben bis zum Nabel und seitlich bis auf die Darmbeine hin sich erstreckt. Ein solches diffuses Haematom ist jedoch äusserst selten; gewöhnlich bleibt es mehr circumscript und beschränkt sich auf die eine oder andere Schamlippe oder auf die Vagina und zeigt dann die Grösse eines Tauben- oder Hühnerei's, selten die eines Kindskopfes. Es kommt nach den gesammelten Fällen ebenso oft rechts- als linksseitig vor. Seine Entstehung ist zuweilen während der Schwangerschaft, häufiger während des Geburtsactes, am häufigsten aber nach der Entbindung beobachtet worden; im Ganzen jedoch ist dasselbe eine seltene Erscheinung. Hugenberger fand das Haematom unter 14000 Geburten im Petersburger Hebammen-Institut 11 Mal, Bossi unter 5660 Wöchnerinnen 2 Mal, in Wien wurde es im Jahre 1859 unter 4063 Geburten 3 Mal beobachtet. Winkel hat 2 und Scanzoni bloss 1 faustgrosses Haematom erlebt, und Olshausen hat ausser

dem Fall, der unten nachfolgen wird, nur einige unbedeutende gesehen. Nach der Statistik kann man annehmen, dass auf 1400 Geburten etwa 1 Haematom kommt, und die Zahl der Schwangerschaften, auf die 1 Haematom fällt, ungefähr 6—7 Mal so hoch ist.

Dass jener Bluterguss ein venöser ist, darf ich wohl behaupten, denn es sind noch von keinem Beobachter Symptome angegeben, die sich auf ein Aneurysma spurium primitivum beziehen könnten. Osiander hat allerdings ein Haematom der rechten grossen Schamlippe bei einer Schwangeren als ein Aneurysma beschrieben; es geht aber aus seiner Beschreibung deutlich hervor, dass er sich in der Diagnose geirrt hat (Deneux Seite 58). Sectionen, die bei frisch enstandenen und durch Verblutungen schnell lethal verlaufenden Fällen gemacht worden sind, haben auch Venenverletzungen ergeben. Die Meinung Einiger, dass eine Venenverletzung keine so bedeutende Blutung bewirken könne, wie in mehreren Fällen von Harmatomen constatirt sei, wird jetzt wohl Niemand mehr theilen. Siebenhaar sagt ganz richtig: „Ceterum quoad haemorhagiae vehementiam non magnum intercedit discrimen, utrum arteria an vena laesa sit. Venas enim propter valide sese contrahendi inopiam, sanguinem non minus pertinaces saepius effundere, quotidiana docet experientia;“ und Deneux: „Des faits bien authentiques demontrent la possibilité d'une hémorrhagie mortelle à la suite de la rupture d'une varice.“ Auch die grosse Menge von Venen, welche die Vagina und Vulva umgeben und durchsetzen, ihre oberflächliche, ungeschützte Lage im Gegensatz zu den tiefer liegenden Ar-

terien, muss uns schon gleich hinweisen, dass es sich bei unsern Thromben wohl nur um Venenverletzungen handeln kann.

Was nun die Ursache der subcutanen Gefässruptur anlangt, so mag dieselbe nicht immer sofort zu finden und kann auch nach der Zeit des Entstehens der Haematome in etwa verschieden sein. Von vorn herein uud im Allgemeinen darf man wohl behaupten, dass sie in einer Verdünnung der Gefässwände und in der Einwirkung irgend welcher Gewalt liegt. Besteht erstere in ganz abnormer Weise, so kann allerdings die Ruptur spontan ohne Einwirkung einer Gewalt erfolgen, und ebenso können umgekehrt Gefässe in ihrem normalen Zustande durch eine bedeutende local einwirkende Gewalt eine Zerreissung erleiden. Aber das sind zwei so äusserst seltene Ausnahmen, dass sie hier gar nicht weiter in Betracht kommen können. Das bedeutendere Moment bildet stets die Verdünnung der Venen-Wandungen, mag sie ihren Grund haben in einem schon bestehenden krankhaften Zustande oder in einer momentanen Ueberfüllung der Venen. Während der Schwangerschaft werden wie die innern, so auch die äussern Genitalien sehr blutreich. Die Venen dieser Theile können nun leicht in Folge des vom Uterus ausgeübten Druckes eine Ueberfüllung erfahren und zwar bisweilen in dem Grade, dass sie an einzelnen Stellen varicös ausgebuchtet und erheblich verdünnt werden. Alsdann reicht oft schon eine geringe Erschütterung aus, um die subcutane Zersprengung einer strotzend gefüllten Vene herbeizuführen. So hat Deneux erlebt, dass eine Frau in ihrer zweiten Schwan-

gerschaftshälfte während einer kurzen Fahrt auf einem Karren eine innere Blutung erlitten habe und 3 Stunden darauf gestorben sei, und dass diese Blutung, wie die Obduction ergeben, durch Zerreissung von Venen des rechten Eierstocks entstanden. Natürlich je geringer die Venen überfüllt und ausgedehnt sind, eine desto grössere traumatische Einwirkung ist zu deren Zersprengung erforderlich. Bei schon bestehendem krankhaften Zustande der Venen, z. B. Phlebectasie, ist es erklärlich, dass derselbe in der Schwangerschaft verschlimmert werden und somit leichter eine Ruptur begünstigen kann.

Die Entstehung des Haematoms während des Geburtsactes findet schon leichter ihre Erklärung. Die übermässige Ausdehnung der Weichtheile, anhaltender Druck des Kindskopfes, stürmische Contractionen des Uterus und der Bauchmuskeln, anomale Verhältnisse der Frucht zu den Geburtswegen, operative Eingriffe etc. können schon darauf hinweisen. Doch ist auf diese mechanischen Einwirkungen allein kein so grosses Gewicht zu legen. Es hat ja die allergrösste Mehrzahl schwieriger Geburten kein Haematom zur Folge, während man andrerseits dasselbe auch bei verhältnissmässig leichtem Verlauf der Geburt entstanden sah. Es muss auch hier wieder eine Prädisposition der Venen vorhanden sein, deren Ursache ebenso wie vorhin zu deuten ist. Und so ist es dann klar, dass allerdings genannte traumatische Einwirkungen, wie sie der Geburtsact oft mit sich bringt, die Entstehung des Thrombus begünstigen und dessen häufigeres Vorkommen in der Geburt als in der Schwangerschaft bedingen. Sieht man doch bei einzelnen

Geburten die Gewalt so erheblich und ungünstig einwirken, dass auch nur in etwa prädisponirte Venen der Zerreissung nachgeben müssen, während sie in der Schwangerschaft geringeren Angriffen getrotzt haben.

Nach der Entbindung ist, wie gesagt, die Entstehung des Haematoms am häufigsten beobachtet worden. Was aber ihre ursächlichen Momente anlangt, so sind dieselben nicht immer in dieser Zeit zu suchen, vielmehr in den allermeisten Fällen schon in der Geburtszeit gegeben. Zur Bildung eines Thrombus ist zweierlei nöthig: zuerst die Gefässruptur und dann der Blutaustritt. Liegt letzterem kein Hinderniss vor, so folgt er unmittelbar auf erstere. Es kann sich aber sehr wohl ereignen, dass die zersprengte Vene durch den Druck eines Kindstheils verhindert wird, Blut ausströmen zu lassen. Alsdann bildet sich das Haematom erst nach Entfernung des Hindernisses, also gewöhnlich erst nach Vollendung der Geburt. Dies kann sehr schnell geschehen, wenn ein grosses Gefäss zerrissen ist und der Druck des betr. Kindstheils nicht lange genug stattfand, um die Bildung eines Gerinsels in der subcutanen Gefässwunde zu bewirken. Ist das Gefäss klein oder seine Oeffnung durch ein Gerinsel versperrt, so kann es mehrere Stunden dauern, bis das Haematom sich entwickelt. Hier liegt also die erste Bedingung zur Entstehung eines Haematoms in dem Geburtsacte, und die zweite in der Zeit nach der Entbindung. Es kommt aber auch vor, dass beide Bedingungen in die Wochenbettszeit fallen, ihre Ursachen jedoch früher zu suchen sind. So kann eine Drucknecrose der Gefässwand in der Geburt eintreten, und es

zeigt sich das Haematom erst zugleich mit der Ausstossung dieser Stelle. Je früher ein Druck von dem Inhalt gegen die gequetschte Stelle ausgeübt wird, um so schneller wird sie nachgeben. Ausserdem können einzelne Venen in der Geburt eine Verdünnung erlitten, aber der Zerreissung widerstanden haben, um dann bald nach der Geburt bei heftigen Nachwehen oder Nachoperationen etc. eine Ruptur zu erfahren. So hat Meissner in einem Falle erlebt, dass bei starkem Husten nach der Entbindung ein Haematoma vulvae entstand.

Die Symptome dieser Blutgeschwülste sind ziemlich characteristisch und in den einzelnen Fällen wenig verschieden. Dem Erscheinen des Haematoms gehen schon lebhafte Schmerzen in den Genital-Partien vorher, die allerdings während der Geburt und gleich nach derselben wegen gleichzeitiger anderer Schmerzen fast nie beachtet werden. Es lässt nun aber die Geschwulst nicht lange auf sich warten und entwickelt sich in manchen Fällen mit solcher Schnelligkeit, dass der Gang der Anschwellung gar nicht zu verfolgen ist, in anderen erst nach 12 bis 24 Stunden. Sie kann bis zur Grösse eines Kindskopfes wachsen, und bleibt entweder circumscript oder dehnt sich auch auf die Nachbartheile aus. Ihre Farbe ist Anfangs rothblau, dann dunkelblau und glänzend, ihre Consistenz verschieden. Mit der Ausdehnung der Geschwulst steigen die Schmerzen sowohl in der betroffenen Partie, als auch besonders in der Kreuzgegend, und werden, verbunden mit heftigem Drängen und Pressen, gewöhnlich für Wehen resp. Nachwehen gehalten. Neben den Schmerzen bestehen auch reflectorische

Bewegungen in den benachbarten Muskelgruppen. So hebt Hervez de Chégoin bei der Beschreibung eines Falles, in welchem er glaubte, die Schmerzen seien durch einen kleinen Darmriss bedingt, ausdrücklich hervor, dass die Wöchnerin an Hämorrhoiden zu leiden glaubte, weil sie einen fortwährenden Stuhlzwang hatte. Die Geschwulst ist ausserordentlich, bisweilen gegen die leiseste Berührung empfindlich; sie macht jede Körperbewegung schwierig und schmerzhaft, namentlich die Streckung und Adduction der Schenkel. Ist das Haematom ausgedehnter, steigt es in die Scheide hinauf, so kann es das Scheidenrohr und den Scheideneingang ganz unzugängig machen, die Geburt hindern und der Nachgeburt oder dem Lochialsecret den Weg sperren; ferner kann es durch Druck auf die Harnröhre Ischurie, und durch Druck auf den Mastdarm Obstruction bewirken. Bei sehr grosser Spannung der Geschwulst treten Erscheinungen im Allgemeinbefinden auf: Unruhe, Angst, Uebelkeiten, Anwandlung von Ohnmacht, Fieber.

Der Verlauf und Ausgang der Krankheit ist durchaus verschieden in den einzelnen Fällen und richtet sich besonders nach der mehr oder weniger schnellen Entwicklung, nach der Ausdehnung und nach der Zeit des Entstehens der Geschwulst. Es kommt selten und fast nur bei kleinen und sehr langsam entstandenen Haematomen vor, dass sie kürzer oder länger unter obigen Symptomen bestehen bleiben, um dann vollständig zu verschwinden. Häufiger ist die theilweise Resorption mit nachfolgender Eiterung des gebliebenen Inhaltes. Gewöhnlich jedoch wird die Geschwulst zersprengt entweder spontan durch über-

mässige Spannung und Necrotisirung ihrer Haut, oder durch äussere Veranlassung, und es entleert sich ihr Inhalt, der je nach der Dauer ihres Bestehens verschiedenartig ist: Anfangs flüssiges Blut, weiterhin Gerinnsel, und endlich zerfallene Gerinnsel, mehr oder weniger von Jauche umspült. Entwickelt sich die Geschwulst sehr schnell zu einem grossen Volumen, so platzt sie mit seltenen Ausnahmen sofort, und es entsteht alsdann eine bedeutende Blutung, die grosse Angst, Ohnmachten, Uebelkeiten, starke Anämie, ja den Tod der Patientin zur Folge hat. Ist die Blutung jedoch, aus irgend einem Umstande, nicht so beträchtlich, so dass sie im gehörigen Verhältnisse mit der Grösse der Geschwulst steht, so hat die Patientin gleich eine Erleichterung: die Spannung mit ihren Schmerzen lässt nach, die Respiration geht freier etc. Haematome, die sich bis zur Geburtszeit unverletzt erhalten haben, oder die während der Geburt entstehen, werden gewöhnlich beim Durchtritt des Kindes veranlasst zu platzen, selbst wenn sie sehr klein sind; diejenigen, die gleich nach der Geburt sich zeigen, haben ebenso, auch ohne bedeutende Spannung oder Necrotisirung ihrer Haut, manche Veranlassung, eine Reptur zu erleiden: schwere Lösung und Ausstossung der Placenta, Lageveränderungen der Neuentbundenen, heftige Nachwehen etc. Der Aufbruch des Haematoms während und nach der Geburt ist, abgesehen von heftigen Blutungen, bedenklich, weil das Eindringen der Lochien in die geöffnete Höhle zu befürchten ist. Wenn nach längerem Bestehen der Geschwulst keine Berstung derselben stattfindet, so hat die Patientin äusserst heftige Schmerzen, grosse Unruhe, Fieber in mehr

oder weniger hohem Grade; endlich geht die Entzündung in Gangrän über, die betroffene Stelle wird livid und bricht auf; aus der Oeffnung fliesst viel übelriechendes geronnenes Blut, und bei Untersuchung der Höhle findet man bisweilen fistulöse Gänge bis ins Mittelfleisch und hoch ins Becken zwischen Mastdarm und Scheide, die dann leicht Peri- und Parametritis und Peritonitis zur Folge haben. Die Verjauchung der Höhle kann auch Purperal-Geschwüre und sogar Ichorrhaemie herbeiführen.

Bisweilen tritt nach der Entleerung eines frischen Haematoms eine Nachblutung und neue Anfüllung der Höhle ein, wie Haase und d'Ontrepont beobachtet haben. Ebenso kommt es vor, dass das Haematom durch Resorption verschwindet und nachher wieder entsteht.

Ist das Haematom während der Geburt so bedeutend, dass es einen Verschluss der Scheide bildet und den Durchtritt der Frucht verhindert, so macht die Gebärende viele übermässige Anstrengungen, um die Ausstossung des Kindes zu bewirken, und kann dadurch, wenn die Geschwulst nicht nachgiebt, bedenkliche Anfälle von eclamptiformen Convulsionen bekommen. Sperrt die Grösse des Haematems nach der Geburt dem Ausfluss des Lochial-Secrets den Weg, so entsteht eine Ansammlung des Secrets im Uterus, Ausdehnung des Uterus und innere Blutung.

Fassen wir die verschiedenen Ausgänge des Haematoms kurz zusammen, so haben wir also: 1. Vollständige Resorption, 2. theilweise Resorption mit nachfolgender Eiterung des Restes und Heilung, 3. Berstung und Genesung

4. Berstung und Tod durch Verblutung, 5. Berstung mit nachfolgenden Fisteln und Entzündungen, 6. Verjauchungen und Ichorrhaemie.

Die Diagnose unserer Blutgeschwülste ist einfach und leicht. Die rasche und plötzliche Entstehung und das schnelle Wachsthum der Geschwulst, die bläuliche glänzende Färbung der bedeckenden Haut, der charakteristische Schmerz, die elastische Beschaffenheit, bisweilen sogar die Flutuation, oft plötzliche Erscheinungen von Anaemie ohne Blutungen in den Uterus und nach Aussen, auch die Berücksichtigung der ätiologischen Momente können im Allgemeinen keinen Zweifel darüber lassen, dass man es mit einem Haematom zu thun habe. Es liegen allerdings verschiedene Fälle vor, in denen das Haematom mit varicösen Tumoren der Vulva, mit Hernien, Prolapsus voginae, Prolapsus uteri etc. verwechselt worden ist, doch stammen diese aus einer Zeit, in der man mit unsern Geschwülsten noch wenig bekannt war. Macbride beging gemeinsam mit einem andern Arzte den Fehler, ein Haematom, welches doppelt so gross als ein Hühnerei, schmerzhaft, gespannt, unmittelbar nach der Entbindung in dem labium majus entstanden war, für eine Hernia vaginalis zu halten und 3 Tage lang die Reduction vergeblich zu versuchen. Dann erkannte er die wahre Natur des Uebels und spaltete die Geschwulst, worauf bald Heilung erfolgte. Deneux macht zur Verhütung ähnlicher Irrthümer darauf aufmerksam, dass Hernien weich sind, nicht fluctuiren und sich leicht zurückbringen lassen; läge die Blase in einem solchen Bruche so könnte allerdings Fluctuation vorkommen, aber dann würden die übrigen Cha-

ractere eines Blasenbruches nicht fehlen. Casaubon erwähnt drei Fälle, in denen das Haematom für Prolapsus vaginae gehalten wurde; indem man die Taxis versuchte, wurde die Geschwulst zersprengt, und in dem einen Falle erfolgte eine tödtliche Blutung. Genaue Untersuchung wird auch gewiss vor diesem Irrthume schützen.

Die Ausdehnung des Blutergusses zu bestimmen, ist oft schwer, oft unmöglich; sie wird am besten durch die Digitalexploration von der Scheide und dem Mastdarm aus festgestellt. Ob das verletzte Gefäss der Scheide, den Schamlippen oder dem Damm angehört ist nur mit einiger Sicherheit zu entscheiden, wenn man bei der Entstehung der Geschwulst selbst zugegen ist; denn abgesehen davon, dass sich später das Blut nach verschiedenen Seiten hin Wege bahnt, so kommt es auch vor, dass z. B. nur eine Schamlippe anschwillt, und das verletzte Gefäss gehört nicht ihr, sondern der Scheide oder dem Damm an.

Die Prognose hängt sehr ab von der Ausdehnung des Ergusses, von der Zeit seines Auftretens und von dem allgemeinen Gesundheitszustande der Frau. Während der Schwangerschaft hat das Haematom viel weniger zu bedeuten, als während und nach der Geburt; das geht aus dem Gesagten schon hervor. Bei kräftigen und gesunden Personen ist die Prognose günstiger als bei schwachen und kranken. Haematome, die sich bis zum periuterinen Zellgewebe, hinter oder unter dem Peritonaeum und auf die Darmbeine hin ausbreiten, sind sehr bedenklich, während kleine, circumscripte Geschwülste auf einen günstigen Verlauf schliessen lassen.

Vorsichtig bleibt die Prognose stets zu stellen, ist aber doch nicht mehr so ungünstig, wie in früherer Zeit, wo diese Haematome weniger beobachtet wurden. Wenn uns Deneux 60 Fälle vorführt, von denen 22 lethal endeten, so wollen wir ihm 50 von F. Winckel aus der Neuzeit gesammelte Fälle entgegen halten, unter denen nur 6 Mal der Tod eintrat und 40 Mal vollständige Genesung zu Stande kam. Sehr ungünstig sind allerdings die Ergebnisse von elf, aus Petersburg mitgetheilten Fällen: von elf Frauen starben fünf (zwei an Pyaemie, zwei an Verblutung, und einmal borst der Sack des periuterinen Haematoms und das Blut wurde in die Bauchhöhle entleert).

Die Reconvaleszenz kann in den Fällen, wo ausgedehnte Gangrän, starke Blutverluste, Fistelgänge entstehen, sehr langsam sein; sonst kann sie, wenn die Entleerung früh zu Stande kommt, keine ausgedehnte Gangrän und keine Nachblutung eintritt, nur kurze Zeit beanspruchen.

Was nun die Therapie des Haematoms anlangt, so ist von mehreren, besonders älteren Autoren empfohlen worden, frühzeitig einen Einschnitt zu machen, während Andere dringend die Resorption des Blutergusses zu erzielen rathen und sich zur Eröffnung der Geschwulst nur im äussersten Nothfalle entschliessen. Dann wollen einige Anhänger der ersteren Ansicht den ganzen Inhalt, sowohl das flüssige als auch das geronnene Blut möglichst entleeren, während die andern die Entleernng der Natur überlassen und in keiner Weise befördern wollen. Meiner Meinung nach darf man

keine dieser Ansichten als vollständig und allgemein gültig hinstellen, vielmehr wird man sich stets nach der Beschaffenheit des Falles richten müssen, und hiernach bald das eine, bald das andere Verfahren vornehmen oder unterlassen.

Vor allen Dingen suche man der Vergrösserung und Ausdehnung des Thrombus vorzubeugen und greife, sobald das Entstehen desselben erkannt ist, sofort zu blutstillenden Mitteln, und zwar wendet man als solche am besten Eis-Compressen an. Diese können je nach dem Sitz und der Empfindlichkeit der Geschwulst verschiedener Art sein: bei Sitz der Blutung in der Scheide wende man den mit Eiswasser gefüllten Colpeurynter an, oder lege Eisstückchen in die Vagina, oder wenn beides nicht angeht, mache man eiskalte Injectionen; auf die Schamlippen und auf den Damm legt man am besten eine Eisblase, wenn sie gleich zur Hand ist und ihr Druck nicht zu grosse Schmerzen verursacht, sonst nehme man kleinere oder grössere Leinwandlappen, die, einigemal zusammengelegt, in Eiswasser getaucht und so aufgelegt werden. Diese letzteren müssen sehr oft gewechselt werden, weil sich ihnen die Hitze der erkrankten Stelle unerwartet schnell mittheilt. Von innerlichen Mitteln kann man hier gewöhnlich absehen, obschon die Verordnung von Eis, Digitalis und Opium durchaus nicht zu verwerfen ist.

Hat nun die Geschwulst aufgehört zu wachsen, so hängt es von Umständen ab, ob man die Resorption erwartet oder sich zur Incision entschliesst, und hierbei ist besonders zu berücksichtigen, ob es sich um eine Schwangere

Kreissende oder Wöchnerin handelt. Während der Schwangerschaft und nach der Entbindung sollte man das Haematom stets der Resorption überlassen; wohingegen man es im Verlauf der Geburt eröffnen muss, wenn zu erwarten steht, dass der Druck, den der Kindskopf auf dasselbe ausübt, Zersprengung oder nachträgliche Gangrän zur Folge haben würde, oder dass es der Beendigung der Geburt hinderlich sei. Allerdings ist nicht zu verkennen, dass man gerade während der Entbindung die Incision gerne unterlassen möchte, weil der üble Einfluss der Lochien in der nächstfolgenden Zeit zu fürchten ist. Als resorbirende Mittel wendet man wieder am vortheilhaftesten Eiscompressen an, wenigstens in der ersten Zeit; man sorge dann für die grösste Ruhe, horizontale Lage, Entleerung der Blase und des Mastdarms und für Schlaf; später sind lauwarme Umschläge mit Bleiwasser und Opium, oder Inf. flor. Chamomillae, Arnicae, fol. Hyoscyami etc. mit Zusatz von Bleiwasser anzuerkennen. An der Verminderung des Schmerzes, der Spannung und des Umfangs des Tumors erkennt man bald, dass die Resorption begonnen hat.

Nimmt trotz der angewandten Mittel die Geschwulst nicht ab, wird die Hautfarbe dunkler und der wehenartige Schmerz mit seinem Pressen und Drängen stärker, so muss man sich zur Incision entschliessen. Man macht den Einschnitt im Allgemeinen an der Stelle, wo die Wandungen des Haematoms am meisten gewölbt resp. verdünnt sind, wo möglich auch an der abhängigsten Stelle; man scheue sich aber ja nicht, den Schnitt gross zu machen, damit alle Blutgerinnsel sorgfältig entfernt werden können. Nach

Entleerung derselben wird die Höhle mit lauwarmem Wasser oder Chamillenthee oder mit einer Lösung von Kal. hypermanganicum mehr oder weniger häufig ausgespritzt. Sollte eine erhebliche Blutung eintreten, so muss man die ganze Höhle mit Charpie, die nöthigen Falls mit Alaun, Tannin, Ferrum sesquichloratum getränkt wird, tamponiren. Einige rathen, beim Haematoma vulvae die Eröffnung von Aussen her, durch die äussere Haut und das Fettgewebe des Labium majus zu machen; das erfordere allerdings eine tiefe Incision, aber man hätte auch den grossen Vortheil, dass in diese Wunde nicht leicht von der Vagina her etwas einfliessen könne, und dass man somit die Infection der Wunde verhüte. Dieser Rath ist bei Operationen während der Geburt und des Wochenbetts wohl zu empfehlen. — Sind gangränöse Stellen in der Umgebung der Incision entstanden, so müssen diese möglichst bald abgetragen werden und, wenn der Ausfluss aus der Höhle übelriechend ist, soll nach obigen Injectionen Charpie, in Dec. Quercus mit Tinct. Myrrhae oder in Vin. camphoratum getaucht, oder mit Ung. basilic. bestrichen eingelegt werden.

In Betreff des günstigen Zeitpunktes der Incision ist vor Allem festzuhalten, dass man gerne warten wird bis man hoffen kann, dass sich hinreichende Blutgerinnsel gebildet haben, um eine gefährliche Blutung nach der Eröffnung zu verhüten. Man wird aber diesen Zeitpunkt, der doch frühestens einige Stunden nach der Bildung eingetreten sein könnte, nicht abwarten dürfen, wenn die Oberfläche des Tumors rasch missfarbig wird, wenn Blasen

enstehen und die spontane Ruptur droht, oder wenn die Blutansammlung in der Geschwulst einen solchen Grad erreicht, dass sie das Leben gefährdet. Im letzteren Falle würde man nämlich der Quelle der Blutung doch immer nur nach vorgängiger Eröffnung der Geschwulst beikommen können.

Dann hat man die Anämie zu bekämpfen und durch gute, nahrhafte Diät, nach Umständen auch mit Wein, China etc. die Kräfte der Frau zu erhalten.

Tritt zugleich Pyaemie oder ein Puerperalprocess ein, so fordern diese ihre eigenthümliche Behandlung.

Schliesslich möchte ich noch kurz der Prophylaxis der Haematome gedenken. Dieselbe wurde früher vielfach in Anwendung gezogen; aber in jetziger Zeit ist wenig oder gar nicht mehr davon die Rede, und das mit Recht. Deneux hielt es für gut, Frauen während der Schwangerschaft mehr weniger oft zur Ader zu lassen, sobald am Oberschenkel und an den Genitalien derselben Varicen auftreten. Peu liebte sogar den Aderlass und die Verabreichung von leichten Purgantien bei Schwangeren von lebhaftem, aufgeregtem und zornigem Temperament, und wenn sich bei der Geburt varicöse Venen zeigten, so lies er dieselben während der Wehen mit den Fingern comprimiren. Dann schlug Deneux noch vor, eine der angeschwollenen Venen mit der Lancette zu öffnen. Ausserdem hat man geglaubt, durch Anwendung der Zange bei ungünstigem Kopfstand und starker Anschwellung von Varicen und durch den Gebrauch des Chloroforms die Entstehung der Haematome ver-

hüten zu können. Es ist wohl klar, dass diese prophylactischen Verordnungen durchaus keinen Werth haben, dass sie mehr schaden als nützen. Wenn man die Entstehung eines Haematoms mit Bestimmtheit vorhersagen könnte, dann möchte wohl die Prophylaxis ihren Platz finden; das ist aber nie der Fall, fast immer wird man durch das Auftreten des Haematoms völlig überrascht.

Ich lasse jetzt die in der Einleitung angekündigte Beschreibung eines betreffendes Falles folgen und erlaube mir vorher auf den aussergewöhnlichen Verlauf desselben aufmerksam zu machen.

Die 30jährige, zum 5. Mal schwangere Frau eines hiesigen Dienstmannes bekam am 28. December 1867 heftige Kreuzschmerzen, die sich am andern Tage sehr steigerten und einen vollständig wehenartigeu Character annahmen. Die Frau glaubte niederzukommen und verlangte desshalb am Nachmittag eine Hebamme. Inzwischen empfand sie spannende, sehr brennende Schmerzen an der Scham und konnte nur bei flectirten Schenkeln liegen. Um 5 Uhr erschien die Hebamme und entdeckte bald bei der Untersuchung eine Geschwulst an den Schamlippen, die sie an der innern Exploration sehr hinderte. Hierauf weniger achtend, freute sie sich über die guten Wehen, sprach der Frau Muth zu und bereitete Alles zur Geburt vor. Die Frau wurde sehr unruhig, schlug mit den Armen um sich und schrie laut auf. Die Hebamme untersuchte von Neuem

und fand die Geschwulst bedeutend grösser als vorher. Die Sache schien ihr doch sehr bedenklich und schickte zur geburtshülflichen Klinik um ärztlichen Beistand. Der Assistenzarzt dieses Instituts war augenblicklich verhindert, selbst hinzugehen und beauftragte mich als poliklinischen Practicanten mit der vorläufigen Untersuchung des Falles und der etwaigen Hülfeleistung bei demselben. Gegen 7 Uhr Abends war ich bei der betr. Frau angekommen, untersuchte sofort die fragliche Geschwulst und entdeckte ein faustgrosses Haematom der linken kleinen Schamlippe. Dasselbe war sehr gespannt, flutuirend und von glänzender röthlich blauer Farbe. Auf verschiedene Fragen, die ich theils an die Patientin, theils an die Hebamme stellte, erfuhr ich, dass erstere seit 4 Jahren nicht mehr menstruirt sei, dass sie in der Mitte des Monats September die ersten Kindsbewegungen gefühlt, dass sie sich während der ganzen Schwangerschaft bis jetzt wohl befunden, dass sie schon viermal rechtzeitig, leicht und glücklich geboren habe, dass sie vor 3 Tagen auf den Steiss gefallen sei, und dass sie jetzt seit 7 Stunden in recht kräftigen und anhaltenden Wehen liege. Ich nahm jetzt die äussere Untersuchung vor: Die Bauchdecken waren dick und straff, der Uterus, stark ausgedehnt, reichte mit seinem Fundus bis zur Herzgrube, unten links fühlte ich einen grossen harten Kindstheil und oben rechts kleine Theile, Herztöne in normaler Frequenz waren links deutlich zu hören. Die innere Untersuchung war äusserst schwierig und für die Frau unerträglich schmerzhaft; nur mit der grössten Vorsicht gelang es mir mit dem Zeigefinger ein-

zudringen, und ich fand, dass die Geschwulst auch die linke Scheidenwand betraf, dass die Portio vaginalis noch nicht verstrichen, vielmehr noch einen kleinen, dicken und weichen Zapfen bildete und dass der äussere Muttermund nur das Eindringen der Fingerspitze erlaubte. Varicen waren nirgends, weder an den Schenkeln noch an den Genitalien, zu entdecken. Der Assistenzarzt, den ich gleich beim Vorfinden des Haematoms über dasselbe benachrichtigt hatte, war unterdessen erschienen und fand das Resultat meiner Untersuchungen richtig. Es war ihm die Sache doch auffallend und schickte gleich zum Herrn Professor Olshausen, der dann auch nach kurzer Zeit eintraf. Nachdem sich derselbe gehörig von der ganzen Sachlage überzeugt hatte, hielt er es fürs beste, auf die Resorption des Haematoms hinzuarbeiten, und verordnete bei streng ruhiger Lage der Patientin continuirliche Eisumschläge. Schon nach 24 Stunden hatte die Geschwulst an Grösse und Schmerzhaftigkeit abgenommen und nach 2 Tagen konnte man ohne Mühe und Vorsicht mit 2 Fingern in die Vagina eingehen. Mit jedem Tage befand sich die Frau wohler und war nach 2 Wochen vollständig hergestellt, nur dann und wann traten wieder wehenartige Schmerzen ein. Am 10. Februar 1868 war sie nun fest überzeugt, wahre Wehen zu empfinund liess deshalb die Hebamme zu sich kommen, von der sie auch in ihrer Ueberzeugung bestärkt wurde. Die Geburt schritt bei schwachen, unregelmässigen Wehen langsam fort, und nach ungefähr 18 stündigem Verlauf derselben entdeckte die Hebamme eine gleiche Geschwulst wie damals und schickte deshalb zu mir. Und in der That hatte sich

wieder an der linken kleinen Schamlippe ein Haematom gebildet, das aber dem früheren an Grösse etwas nachstand, sonst jedoch dieselben Symptome zeigte. Die äussere und innere Untersuchung ergab eine lebende Frucht in erster Schädellage, einen 2 Zoll weiten Muttermund, Stellung der Blase und den Kindskopf noch über dem Beckeneingang stehend. Die Wehen waren häufig, regelmässig und kräftig, während sie noch vor zwei Stunden — es war 11 Uhr Morgens — selten und schwach auftraten. Ich hatte schon zum Herrn Prof. Olshausen und seinem Assistenzarzte hingeschickt, die aber verhindert waren, augenblicklich herüberzukommen. Mit grösster Sorgfalt überwachte ich die Geschwulst, die bei jeder Wehe zu platzen drohte. Einige Zeit später gegen 11½ Uhr überzeugte ich mich nochmals von dem Fortschritt der Geburt und fand den Muttermund wieder vergrössert und den Kopf im Beckeneingang. Kaum war ich an das Waschbecken getreten, um meine Hände zu waschen, als die Kreissende einen fürchterlichen Schrei ausstiess, der mich auf nichts anderes als auf die plötzliche Berstung der Geschwulst schliessen liess. Ich sprang sogleich wieder ans Bett und fand die Geburt des Kindes vollendet. Nachdem ich schnell die zweimal um den Hals und je einmal um den rechten Arm und das rechte Bein geschlungene Nabelschnur gelöst und unterbunden hatte, übergab ich den lebenden Jungen der Hebamme und ging an die Untersuchung des Haematoms und des Dammes. Aber wer war mehr erstaunt und mehr erfreut als ich? Das Haematom sowohl, als auch der Damm waren vollständig erhalten, trotzdem eine sehr starke, grosse Frucht

plötzlich mit einem Ruck ganz ausgestossen wurde. Auch die Nachgeburt folgte bald ohne Schwierigkeit. Die Wöchnerin hatte an den beiden ersten Tagen ziemlich starke Nachwehen und bedeutende Schmerzen, am dritten Tage fieberte sie mässig. Das Haematom wurde wieder behandelt wie damals, und nach 14 Tagen war dasselbe durch Resorption fast ganz verschwunden, und die Wöchnerin befand sich wohl. Ungefähr vier Wochen nachher fing das bis auf ein Minimum reduzirte Haematom wieder an zu wachsen, ging aber jetzt rasch in Eiterung über. Schon am dritten Tage wurde es geöffnet und es floss eine ziemliche Menge guten Eiters mit wenig Blut heraus. Die Höhle wurde stets sorgfältig gereinigt, bis nach 3 Tagen vollständige Heilung erzielt war.

Ueberblicken wir den vorliegenden Fall noch einmal kurz, so dürften wir folgende Momente als höchst seltene und beachtenswerthe anführen:

1. Dass das Haematom während der Schwangerschaft entstand und zwar in einer so bedeutenden Grösse bei einer ganz gesunden Frau, die schon viermal und sehr leicht geboren und nie eine Spur von varicösen und plethorischen Erscheinungen gezeigt hatte;

2. Dass dasselbe vollständig resorbirt nach 4 Wochen recidivirte und zwar fast zu seiner früheren Grösse;

3. Dass dasselbe trotz seiner Grösse und Spannung, trotz seines Sitzes und trotz der rapiden Ausstossung eines sehr grossen Kindes durchaus unverletzt blieb;

4. Dass dasselbe abermals resorbirt nach 4 Wochen zum zweiten Mal recidivirte und nun in Eiterung überging.

5. Dass schon 6 Tage nach Entstehung des Abscesses vollständige Heilung erzielt und nach 14 Tagen keine Spur von Narbe mehr zu entdecken war.

Lebenslauf.

Ich, Wilhelm Havixbeck aus Havixbeck in Westfalen, Sohn des Kaufmanns Carl Havixbeck und der Gertrud geb. Heger, besuchte das Gymnasium zu Koesfeld und erhielt daselbst das Zeugniss der Reife. Ich besuchte nun die Akademie Münster, um mich dem Studium der katholischen Theologie zu widmen, konnte mich aber mit demselben nicht befreunden und ging deshalb in meinem 6. Semester nach Greifswald um Medicin zu studiren. Hier waren die Herren Professoren Budge, Limpricht, v. Feilitsch, Grohe, Schulze, Laurer, Münter, Pernice, Rühle und Bardeleben meine Lehrer. Von Greifswald ging ich nach Berlin und hörte hier die Herren Professoren Geh.-R. v. Langenbeck, Geh.-R. Jüngken, Geh.-R. Frerichs, Geh.-R. Martin, Geh.-R. Casper und die Privatdocenten Dr. Mitscherlich und Dr. Gusserow. Seit Ostern 1867 studire ich in Halle, und habe hier gehört die Herren Professoren Geh.-R. Blasius, Weber, R. Volkmann, Olshausen, Graefe.

Allen meinen hochverehrten Herren Lehrern sage ich meinen aufrichtigsten Dank, und besonders fühle ich mich dem Herrn Professor Olshausen verpflichtet, von Seiten dessen ich mich der freundlichsten Unterstützung bei der Ausarbeitung meiner Dissertation erfreuen durfte.

THESEN.

I.

Mittler Grad von Beckenenge an und für sich ist keine Indication zur Wendung.

II.

Die rhachitische Kyphose ist nie angulär.

III.

Bei der merkuriellen Behandlung der Syphilis ist auf strenge Diät der grösste Werth zu legen.

IV.

Beim Haematom der äusseren weiblichen Genitalien, welches vor oder nach der Geburt entsteht, ist unter allen Umständen auf Resorption hinzuarbeiten.